Rok XXVI. Kraków, 19 Marca 1887. Nr. 12.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do znajomości ran postrzałowych serca.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
c. k. starszy lekarz wojskowy, prosektor szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

W całéj dostępnéj mi odnośnéj literaturze znajduję jeden tylko podobny przypadek u Simmonsa (*Western. Journ. of the medical and physic. sciences. Vol. IX.* N. 35, pag. 382), gdzie rana zadaną została kulą pistoletową, która weszła tuż przy mostku w szóstym przestworze międzyżebrowym, przebiła komórkę prawą, weszła do żyły głównéj dolnéj i opadła aż do żyły biodrowéj prawéj, a chory umarł po 97 godzinach. Skutek, jaki pocisk na napotykaną zaporę wywiera, zależy przedewszystkiém od jego końcowéj szybkości, od jego ciężaru i budowy, wzrasta w stosunku kwadratu do ciężaru i równa się żywéj sile pocisku. W ocenianiu skutku pocisku na ciało uwzględnić jeszcze należy kąt wpadania i opór, to jest anatomiczną spójność i fizyjologiczną podatność tkanin. Przy powstaniu rany postrzałowéj działają dwie przeciwne siły, a wypadkowa równa się ich różnicy i leży w kierunku siły większéj. Zależnie od siły żywéj pocisku, zależnie od tego, czy kąt wpadania zbliża się do kąta prostego czy otwartego i zależnie od wielkości oporu tkanin powstają rany postrzałowe lub kontuzyje z wszelkiemi swemi odmianami. Naturalnie, że w ocenianiu skutku uwzględnioném być musi, czy kula z mniejszéj lub większéj nadchodzi odległości, oraz i twardość metalu, z jakiego sporządzoną została. Jeżeli więc skutek ten od tak licznych zależy czynników, że ledwie w przybliżeniu u pocisków, które wprost z broni wychodzą, dałby się obliczyć, jakże trudne i prawie nieobliczalne skutki wywierać musi pocisk, który nie wprost, a więc pośrednio tylko z ciałem się spotyka. Mam tu na myśli pociski odbite. Miałem sposobność spostrzegać dwa tego rodzaju przypadki.

W sierpniu roku ubiegłego podczas strzelania do tarczy w odległości mniéj lub więcéj 500 kroków, kula karabinowa chybiwszy swego celu uderzywszy o kamień i odbiwszy się, ugodziła o jakie 10—12 kroków stojącego za walem żołnierza w okolicę sutka lewego. Śmierć nastąpiła natychmiast, a sekcyja wykazała następujące uszkodzenie: mundur i koszula nieregularnie mniéj lub więcéj w połowie klatki piersiowéj po stronie lewéj rozdarte, na $1\frac{1}{2}$ cm. poniżéj sutka lewego rana kształtu mniéj lub więcéj okrągłego o średnicy 2 cm. o brzegach na wewnątrz wgniecionych dość drobno postrzępionych. Mięśnie międzyżebrowe rozdarte, w worku opłucnowym lewym do pół litra krwi skrzepłéj; na brzegu dolnego płatu lewego na opłucnéj wynaczynienie wielkości czterocentówki, brzeg płuca na 2 cm. rozdarty, brzegi zmiażdżone krwią nasiąkłe. Worek sercowy rozdęty, na zewnętrznéj powierzchni tuż przy owém zmiażdżeniu płuca wybroczyna wielkości talara; w worku sercowym zresztą nieuszkodzonym wiele krwi skrzepłéj. Na 3 cm. od koniuszka serca komórka lewa okazuje otwór o brzegach niemal gładkich średnicy dwóch cm., przez który palec do wnętrza komórki swobodnie włożyć można. Kula nieco tylko w wymiarze podłużnym przypłaszczona leżała w worku opłucnowym w skrzepie krwi.

Nie wdając się na razie w rozbiór niniejszego przypadku przechodzę do dość podobnego drugiego.

Podczas ćwiczeń pod Bruck nad Litawą żołnierz z niewiadoméj na razie przyczyny nagle omdlał i upadł, za małą chwilkę przyszedł do przytomności, chwytał się raz po raz za piersi i w niespełna 20 minut umarł. Na razie stwierdzono siniec wielkości dłoni sięgający od brzegu mostka po sutek w 4—5tym przestworze międzyżebrowym. Ponieważ podczas owych ćwiczeń strzelano tylko ślepemi nabojami, a strzelnica wojskowa, w któréj, co prawda, odbywały się podówczas strzelania do tarczy, znajdowała się o przeszło $3\frac{1}{2}$ klm. w linii powietrznéj, nikt na razie nie sądził, aby mogło tu mieć miejsce zranienie pociskiem karabinowym. Przy podnoszeniu zmarłego wypadła z fałdów

płaszcza spłaszczona kula, płaszczyznami przypominająca kulę używaną karabinową, a okoliczność ta była wskazówką do dalszych poszukiwań. Przy sekcyi nie znalazłem żadnego uszkodzenia na sukniach, wyż opisany siniec na skórze, w tkance podskórnéj liczne wybroczyny, to samo w mięśniach międzyżebrowych 4 i 5tym, oraz zmiażdżenie mięśni na przestrzeni 1 cm. kw. tuż przy nasadzie czwartéj chrząstki żebrowéj. Płuco wcale nieuszkodzone nie okazuje puchliny ostréj, na zresztą nieuszkodzonym worku sercowym wybroczyna wielkości krajcara, komórka lewa od rowka poprzecznego aż po koniuszek serca rozdarta, brzegi strzępiaste, krwią nienacieklc, odstają od siebie na 2 cm.; w worku sercowym blisko 1 litr krwi, mięśnie sercowe zupełnie prawidłowe, w innych narządach zmian nie ma.

Uwzględniając te oba przypadki przedewszystkiém zauważyć musimy, że wyż opisane rany zadane zostały przez pociski o bardzo osłabionéj sile popędowéj, t. z. *matte Kugel*. W pierwszym przypadku kula utraciła żywą siłę swoją odbiwszy się od kamienia, w drugim zaś kwestyja nie jest tak jasną. Dochodzenia odnośne nie mogły wykazać, zkąd pocisk ów padł, przypuściwszy zaś, że pochodził z miejscowości, na któréj odbywało się strzelanie do tarczy odległéj o przeszło 3 klm., to albo kula ta zakreśliwszy niezmierny łuk przy końcu swéj drogi ugodziła żołnierza, albo również przy końcu upadłszy na ziemię odbiła się i dopiero ugodziła. Za drugiém tłumaczeniem przemawiają daty statystyczne ze spostrzeżeń czynionych nad drogą opisywaną przez kulę karabinu systemu Werndla i Mannlichera, według których chcąc aby kula w odległości 2500 m. ugodziła jeszcze człowieka w wysokości piersi trzebaby trzymać karabin pod kątem 40° nad poziom celu, coby z pewnością oka dozorującego oficera nie uszło, a dojście kuli do mety o 3500 m. w linii powietrznéj odległéj nadzwyczaj rzadkim jest przypadkiem. Bądź co bądź mieliśmy w owych przypadkach do czynienia z t. z. *matte Kugel*, któréj skutków obliczyć nie można. W pierwszym przypadku niewątpliwie kula utraciwszy przez odbicie się, przedzieranie się przez odzież, skórę i mięsień międzyżebrowy resztę swéj siły, uderzywszy o elastyczną i podatną zaporę, jaką była ściana worka sercowego, porywając tę ostatnią za sobą wbiła się w mięsień sercowy tworząc na razie t. z kanał ślepy a wypływająca z powstałéj w ten sposób rany serca krew wypchnęła kulę wraz z ścianą worka sercowego na zewnątrz. Czy w drugim przypadku to samo miało miejsce, t. j. że kula porywając za sobą odzież i skórę miażdżąc na małéj przestrzeni mięsień międzyżebrowy wpukliła je aż do serca, otwarła takowe i następnie została wypchniętą na zewnątrz, czy też pęknięcie serca nastąpiło li tylko pod wpływem uderzenia kuli o okolicę sercową, rozstrzygnąć nie jestem w stanie. Brak zmian patologicznych w mięśniu sercowym i w innych narządach, obecność spłaszczonéj kuli w odzieży, wybroczyna wielkości prawie równéj kuli na worku sercowym, zmiażdżenie na małéj przestrzeni mięśnia międzyżebrowego i ta okoliczność, że żołnierz upadając o nic uderzyć się nie mógł (ćwiczenia odbywały się na terenie piaszczystym) przemawiają bardzo za tém, że uszkodzenie to zrządzone zostało pociskiem, który dość podatnéj skóry przebić nie mógł, chociaż nie można stanowczo wykluczyć, czy nie było to zwykłe pęknięcie mięśnia sercowego pod wpływem uderzenia, które się nierzadko napotyka w przypadkach upadnięcia ze znacznéj wysokości lub przejechania.

Jeszcze nie wyrobiłem sobie zdania co do wyż opisanego przypadku, gdy szczególnym przypadkiem w niespełna tydzień miałem sposobność wykonania oględzin pośmiertnych samobójcy z bardzo podobném obrażeniem serca. Inwalida S, trapiony nieznośnemi bólami żołądkowemi w przebiegu uwiądu rdzenia pacierzowego, odebrał sobie życie wystrzałem z pistoletu o kalibrze 8 mm. Broń nie była należycie nabitą, kula znacznie mniejsza od średnicy lufy włożoną została wprost na proch i nie przybita, jak również nie była broń przyłożoną bezpośrednio do ścian klatki piersiowéj. W przypadku tym kula wyparta gazami z lufy napotkała przedewszystkiém dość gruby kabat i koszulę, nie przebiła takowych, lecz wpukliła lejkowato w otwór w skórze i mięśniu międzyżebrowym piątym lewéj strony na głębokość $2\frac{1}{2}$ cm., oparła się na osierdziu, na którém znajdowała się wybroczyna wielkości krajcara. W worku osierdziowym wynaczyniona krew w ilości pół litra, worek nieotwarty, na osierdziu ściennéni wybroczyna wielkości czterokrajcarówki i otwarcie lewego serca w jego koniuszku. Kulę zaś niezmienioną znaleziono na podłodze.

Podobny przypadek przytacza Frin (*Recueil des actes de la Société de Santé de Lyon* T. I. p. 201); i tu również w przypadku niewątpliwego samobójstwa nie nastąpiło przedziurawienie ubrania, jednak przedarcie skóry, otwarcie prawéj komórki bez uszkodzenia worka osierdziowego.

II. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

III.

Nietylko z przyczyny anatomicznego sąsiedztwa, lecz i ze względów etyjologicznych chirurgija osierdzia w bliskim stoi związku z zabiegami chirugicznemi, podejmowanemi na opłucnie. Wiadomo nietylko z doświadczeń klinicznych, że zapalenia opłucny wikłają się dosyć często z zapaleniem osierdzia i odwrotnie, ale nawet z powodu wiwisekcyj stwierdzono fakt (Gluck: *Berl. klin. Wochenschrift*, 1881), że przy operacyjach podejmowanych w jamie opłucny, jeżeli się takowe śmiercią zwierzęcia kończyły, zawsze ostatnią przyczyną zejścia było zapalenie osierdzia. Toż samo doświadczenie powtarza się i u człowieka w przebiegu operacyj opłucnowych i płucnych, nawet i w dzisiejszym antyseptycznym okresie. Przed kilku tygodniami u młodéj dziewczyny wykonałem resekcyję dwu żeber z powodu starego ropiastego otoku opłucny. Przebieg był zupełnie aseptyczny, a mimo to piątego dnia nastąpił nagły podskok ciepłoty (40°C.) i chora siódmego dnia nagle umarła, skutkiem porażenia serca. Sekcyja wykazała, że w opłucnie nie było ani śladu ropy (tamponada gazą jodoformową) a osierdzie wypełnione wypociną surowiczą. Przypadek mój zapewne nie jest odosobnionym a służyć może za napomnienie do bacznéj uwagi na osierdzie po zabiegach operacyjnych w jamie opłucnowéj.

W obec faktu, że praca mięśnia sercowego w takich, jak powyższy, przypadkach ustaje skutkiem ucisku ze strony wypociny i mechanicznéj niemożności przezwyciężenia oporu, wskazanie operacyjne zdaje się być prostém. Prawda, że trudności dyjagnostyczne często nam w drodze stawają głównie

ze strony mięśnia sercowego. Lecz ten wzgląd dziś jest mniejszéj wagi w obec punkcyi narzędziami włosowatemi i aspiracyi płynu, którego obecność podejrzywamy. To też każdy rok prawie w szeregu lat ostatnich przynosi nam nowe zdobycze na polu operacyjnego traktowania wysięków osierdzia i nowe do téj operacyi wskazania. Ogólna już téż panuje zgoda, że tak w następowych, jako i pierwotnych wypocinach osierdzia, czy to surowiczych, czy téż ropiastych, jeżeli objawy są alarmujące (dusznica, sinica), wskazaną jest operacyja. Przedsiębiorczy Amerykanie (Westbrook, Roberts) poszli nawet tak daleko, że nietylko osierdzie ale i serce samo wciągnęli w zakres zabiegów operacyjnych. Westbrook robił punkcyję prawego przedsionka w zapaleniu płuc, a Roberts bardzo energicznie przemawia za punkcyją serca celem zmniejszenia zastoin w systemie żyły płucnéj. Czy chirurgija konserwatywniejszéj Europy prędko zdecyduje się na tak heroiczny a wątpliwéj wartości środek, nie sądzimy, ale w każdym razie przedsiębiorczość amerykańska stwierdza dawno znany fakt, że rany serca bezwzględnie śmiertelnemi nie są, a nowe to doświadczenie dla chirurgii worka sercowego wielkiéj jest doniosłości. Gdy bowiem dawniejsza chirurgija ograniczała się do saméj punkcyi, nowszemi czasy technika operacyjna znacznie się posunęła naprzód w kierunku radykalnym. Obok nakłucia, o którém już Trousseau (1863) powiedział, że *la paracentesse du péricarde n'entraine aucun de ces périls imaginaires, devant quels les expérimentateurs ont tremblé si longtemps*, zaczęto stosować nacięcie klatki i osierdzia i przekonano się, że pod osłoną antyseptyki i ta metoda nie jest bezwzględnie niebezpieczną. Z pomiędzy siedmiu publikowanych przypadków wprawdzie tylko trzy zakończyły się pomyślnie, lecz dwa z pomiędzy niepomyślnych miały rozpoznanie błędne za podstawę, ponieważ nie chodziło w nich o wypocinę osierdzia, lecz o rozstrzeń serca, w jednym przypadku stare zrosty, a w innym zatkanie się rany było przyczyną śmiertelnego zejścia. W każdym więc razie rezultat lepszy, niż przy lekowaniu wewnętrznem.

West zestawił z literatury 79 przypadków punkcyi osierdzia; sześciu operowanych umarło w 24 godzin po operacyi, znaczna część doznała ulgi bezpośredniéj, inni zupełnie wyzdrowieli. Statystyka Hindenlanga (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1879) wykazuje 32%, Robertsa (referat w *Centralblatt f. Chir.*, 1882, str. 134) 47% operacyj pomyślnych. Znakomitą podnietą do operacyjnego traktowania wypocin osierdzia stał się przypadek Rosensteina (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1881, str. 61), który u chłopca dziesięcioletniego z ropiastą puchliną osierdzia zrobił najprzód punkcyję i aspiracyję narzędziem Potaina, a późniéj, gdy zabieg ten nie poskutkował, uciekł się do nacięcia i drenowania osierdzia ze skutkiem pomyślnym. Powyższa publikacyja ogłoszona była z wyraźnym zamiarem udowodnienia, że nawet u dzieci prosta punkcyja nie wystarcza, lecz często uciec się trzeba do nacięcia. Według tych wskazówek postępowali też nowsi operatorowie. F. Neumann (referat w *Centralblatt f. Chir.*, 1886, str. 14) w przypadku następowego zapalenia osierdzia, powtórzywszy kilkakrotnie punkcyję i aspiracyję z powodu ciągłego wznawiania się wypociny ropiastéj, nakłuł osierdzie grubym trokarem i pozostawił tulejek komornem. Gdy atoli mimo to odpływ nie odbywał się prawidłowo, naciął 3 międzyżebrze, wprowadził dren i wypłukiwał jamę lekkim rozczynem nalewki jodowéj. Chory umarł we trzy tygodnie po operacyi na zapalenie płuc. Gussenbauer (*Prager med. Wochenschrift*, 1884, str. 46) poszedł jeszcze o krok daléj w zastósowaniu ogólnych zasad chirurgicznych do chorób osierdzia. W przypadku mylnéj dyjagnozy, gdzie rozpoznano ropne zapalenie opłucny, a torakotomia wykazała takież zapalenie osierdzia, Gussenbauer naciął worek sercowy i brzegi jego zeszył z brzegiem rany. Osierdzie przepłukiwano rozczynem tymolu, a w ciągu kilku dni po operacyi wydzielała się z worka sercowego znaczna ilość błon i strzępów. Przetoka osierdzia zamknęła się z czasem, a chory zupełnie przyszedł do zdrowia. Wynik powyższy przypadkowi tylko zawdzięczać należy, lecz im ściślejszą będzie obserwacyja naszych chorych chirurgicznych w każdym kierunku, tém częściéj spotykać się będziemy z tego rodzaju miłemi niespodziankami.

IV.

Laparotomija już w czasach przedantiseptycznych była traktowana jako *ultima ratio*. Jakkolwiek i w owych czasach nie brakło pomyślnych téj operacyi wyników, a antiseptyka właśnie tutaj nie wywołała tak nagłego w rezultatach przewrotu, jak to się stało w innych operacyjach, faktem jest, że stósowanie ogólnych zasad metody przeciwgnilnéj do laparotomii wpłynęło znakomicie na ujednostajnienie wyników i większą w działaniu pewność. Ostatniemi zwłaszcza laty nieustannie pracowano i pracuje się nad tém, aby z jednéj strony zbadać fizyjologiczne właściwości otrzewny w kierunku wydzielania i wsysania, z drugiéj strony, aby przy zachowaniu ostrożności antiseptycznych nietylko wstrzymać zarazki od inwazyi błony brzusznéj, ale nadto uchronić takową od tworzenia się przestrzeni martwych (Mikulicz) i tym sposobem uniknąć infekcyi jéj własnemi rozpadowemi wydzielinami. Jakkolwiek w niektórych ważnych kwestyjach téj sprawy dotyczących (kwestyja osączania) jeszcze podziśdzień zdania są podzielone, jednak zaprzeczyć nie można, że technika operacyjna laparotomii znaczne zrobiła postępy, a tym ulepszeniom mamy do zawdzięczenia, że niebezpieczeństwo ze saméj laparotomii dla chorego wynikające, jeżeli nie zostało usunięte, to przynajmniéj znacznie się zmniejszyło. Postęp ten wyzyskać na korzyść chorych dotkniętych niedrożnością jelit uważamy za jedno z najważniejszych zadań sumiennego lekarza, któremu rodzina powierza dobre i złe losy swoje. Zadanie lekarza jest w téj chorobie bardzo proste: dobrze obserwować i wcześnie rozpoznać, a w rozpoznaniu nie chodzi o specyfikacyje anatomiczne, będące przyczyną niedrożności, bo od tego życie chorego nie zależy, ale od trafnego pochwycenia momentu, w którym jedyna jeszcze możliwa pomoc to życie uratować może, a tym jedynie możliwym ratunkiem jest operacyja. W Angli 2.000 ludzi umiera rocznie na niedrożność jelit, w Niemczech 4.000 rocznie, a ileż to z nich zabieg chirurgiczny mógłby uratować! Wynik statystyki poprawi się w tym kierunku dopiero wtedy, gdy lekarz rozpoznawszy niedrożność jelit od razu sam się pogodzi z myślą laparotomii i choremu na nią zbyt długo czekać nie pozwoli, bo od szybkiéj jego decyzyi w wielu razach wszystko zależy. Prawda, że wielu chorych z inkarceracyją wewnętrzną zapada nagle w głęboką prostracyję sił, prawda i to, że w tego rodzaju przypadkach zapad ten już nie ustępuje, nawet po przywróceniu prawidłowéj drożności jelit, atoli takie groźne i zwykle rozpaczliwe przypadki wykluczywszy, spotykamy się w praktyce chirurgicznéj z dosyć jeszcze znaczną liczbą spostrzeżeń, gdzie żałować przychodzi czasu straconego na zadawaniu lawatyw, środków przeczyszczających z makowcem naprzemian, na pompowaniu powietrza, elektryzowaniu, wreszcie ostatniemi czasy na lewarkowaniu żołądka; dopiero gdy to wszystko nie pomagało

owszem stan chorego coraz się bardziéj pogarszał, prawie *in agone* zdecydowano się na operacyję.

Nie podlega wątpliwości, że w literaturze znaleźć można dowody na skuteczność każdego z wymienionych powyżéj środków w tym lub owym przypadku, prawdą nawet jest, że czasem niedrożność sama ustępuje, bez użycia środków leczniczych, ale to są nader rzadkie wyjątki, na które nam liczyć nie wolno. Przeciwnicy zabiegu operacyjnego lubią tu przytaczać wgłobienie; tymczasem nowsza statystyka wykazuje, że na 59 przypadków téj choroby 51 skończyło się śmiercią: więc i w téj najłagodniejszéj formie niedrożności jelit wyzdrowienie do wyjątków należy. Makowiec, ten najpotężniejszy nasz sprzymierzeniec w walce z niedrożnością jelit, stał nam się środkiem nieodzownym. Posiadając własność powstrzymywania odruchów, przetwory makowca wpływają korzystnie na wymioty, koją ból, uspokajają straszliwą bojaźń, która opanowuje chorego, zwłaszcza w początkach ostréj inkarceracyi zmniejsza wstrząs a co jest może najważniejszym objawem jego działania, to wpływ tego środka na tętno. Pod wpływem makowca i morfinu ciepłota i tętno dają się modyfikować a często utrzymać na długo w stanie bardzo na pozór pomyślnym, wyraz twarzy wraca do stanu prawidłowego, *facies hippocratica* ustępuje, zmniejsza się siność pod oczami i na ustach, pot nie kipi z twarzy, a trwoga śmiertelna zdaje się ustąpiła zupełnie. To też nie dziw, że bez makowca w leczeniu wewnętrznêm niedrożności jelit obyć się nie możemy, têm mniéj, o ile że chorzy tego rodzaju znoszą znaczną ilość opijatów. Blake (F. Treves: *Darmobstruction* itd. Niem. tłumaczenie Artura Pollaka. Lipsk, 1886, str. 425) opowiada o chorym, który ośmnaście tygodni cierpiał na absolutną obstrukcyję jelit, a przez cały ten czas zażywając morfin doprowadził do 0,72gr. dziennie. Stolec odszedł sam przez się na tydzień przed zgonem chorego.

Z powyższego wynika, że podobnie jak w przepuklinie nadziergniętéj, tak samo w niedrożności jelit swoistemi dawkami makowca główne objawy tak można zmodyfikować, że obraz kliniczny choroby zupełnie się zaciera, a nietylko rozpoznanie, ale i rokowanie na têm szwankuje. Słusznêm tedy jest napomnienie Trevesa, które własnêm doświadczeniem stwierdziliśmy, aby w ostrych zwłaszcza przypadkach niedrożności, przedewszystkiém zaś w samym początku choroby, przed powzięciem stanowczego co do terapii postanowienia, przetwory makowca dawać z wielką ostrożnością. Makowiec kilkakrotnie zadany zmienia obraz kliniczny, maskuje niebezpieczeństwo, ostateczny wynik dodatniego wpływu nie ma.

Podobną lubo nie identyczną rolę odgrywa w niedrożności jelit polecone ostatniemi czasy wypłukiwanie żołądka. Za pomocą téj manipulacyi jesteśmy w stanie oczyścić żołądek, a może i część kiszek ponad miejscem zaciśniętém, z gazów i kału, a przez to zmniejszany ruch robaczkowy, podobnie jak to czyni makowiec. Nie podlega wątpliwości, że w wielu razach gwałtowność objawów inkarceracyjnych po wypłukaniu żołądka zmniejsza się, lecz stanowcze ich ustąpienie jest zdarzeniem rzadkiém. Dla tego też pierwszy przez Kussmaula wywołany zapał wkrótce ustąpił miejsca przekonaniu, że lewarkowanie żołądka nie jest także niczém więcéj, jak środkiem kojącym, i że go nie należy zbyt długo stósować, aby na bezowocnych próbach nie tracić czasu i odpowiedniéj do operacyi chwili nie przeoczyć.

(Dokończenie nastąpi).

III. Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

2. Maryja M. lat 30, służąca. Chora podaje, że przed 7 dniami miał wystąpić u niej ból nóg znaczny, potém dreszcz, który się na drugi dzień powtórzył i że odtąd ma stałą gorączkę z silnêm pragnieniem. Chora przybyła do szpitala dnia 26 lutego. Stan obecny: Dobra budowa, odżywienie podupadłe; na skórze tułowia wybitna wysypka guziczkowa; język mocno obłożony, suchy, granice płuc nieco obniżone i objawy rozległego suchego nieżytu oskrzelowego; brzuch wzdęty, nad kiszką ślepą kruczenie a śledziona pod łukiem żebrowym macalna przy głębokim wdechu, o brzegu grubym, niebolesna. Mocz zawiera sporo białka. Ciepłota 40°C.

Rozpoznano: *Typhus abdominalis*. Od dnia przybycia do 7 marca t.j. przez dni 9 ciepłota utrzymywała się między 40°C a 38°C, bez typowego obniżania się lub podnoszenia się; 8 marca ciepłota spadła do 37·5°C, na drugi jednak dzień notowano znowu 40°C, a badanie wówczas wykazało lekki niedowład nogi lewéj. Odtąd aż do końca życia ciepłota z małemi różnicami utrzymywała się pomiędzy 39°C a 38°C; wśród tego wystąpiła odleżyna na kości krzyżowéj w postaci małego owrzodzenia środkowego z brzegami zaczerwienionemi; odleżyna ta z biegiem dni szybko się powiększała i przybrała cechę zgorzelinową. Niedowład nogi lewéj się wzmagał stopniowo, noga brzmiała i siniała, ciepłota jéj obniżała się a do dnia 3 kwietnia cała noga uległa zgorzeli. Śmierć dnia 12 kwietnia. Protokół sekcyi:

Typhus abdominalis absolutus. Decubitus gangraenosus sqn. septicaemia et gangraena cruris dextri. Oedema acutum pulmonum. Degeneratio adiposa cordis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Infarctus renis sinistri.

Chora przybyła w 3cim tygodniu duru, za czém przemawiały: obecność wybitnéj wysypki guziczkowéj, obrzęk śledziony wyraźny, ciepłota stała 40°C i osłabienie ogólne bardzo znaczne (tętno nikłe 108) a już w 2 tygodniu pobytu, a więc w 5 tygodniu choroby, stwierdzono odleżynę na kości krzyżowéj poprzedzoną na kilka dni niedowładem odnogi lewéj przy podniesionéj (po poprzednim spadku) ciepłocie; równocześnie stwierdzono szmery śródsierdziowe skurczowe nad lewą komórką; a więc wystąpiły w 5 tygodniu choroby zmiany w narządzie krążenia (niedomoga serca i zakrzep żył) poczem w następstwie zgorzel a w końcu posocznica (*septicaemia*). Dodać należy, że w ostatnich 4 tygodniach gorączka była wcale nieznaczną (między 38° a 37°C) a od początku obserwacyi zawsze tętno nikłe. Osłabienie serca było na początku choroby głównym objawem i przyczyną pierwszą pośrednią zejścia niepomyślnego.

3. Marya Mr. lat 26 licząca służąca przybyła dnia 21 sierpnia podając, iż od 2 tygodni miewa dreszczyki, stały ból głowy, brak apetytu i że czuje się znacznie osłabioną. Stan obecny: Dobrze zbudowana, ogólny stan odżywienia lichy; skóra blada bez śladu wysypki, język obłożony, w narządzie oddechowym objawy suchego nieżytu oskrzelów, zwłaszcza w tylnych dolnych częściach; brzuch miernie wzdęty, śledziona poniżéj łuku macalna o brzegu twardym, niebolesnym. Miesiączka obecna. Badanie moczu w zakładzie chemicznym wykazało: Mocz ciemno żółtawéj barwy, od-

działywania kwaśnego, osadu ilość zwiększona, chlorki prawidłowe. Białka wielka ilość. W osadzie obok zwiększonéj ilości śluzu ciałka krwi licznie i wałeczki Belliniego. Rozpoznanie brzmiało: *Typhus abdominalus cum nephritide acuta complicata.*

Chora leżała w szpitalu do dnia 30/VIII z gorączką stałą pomiędzy 40°C a 39°C, tętno utrzymywało się stale między 108—120 a w ostatnich dniach 140 uderzeń na minutę, dwubitne. Na drugi dzień po przybyciu wystąpiła dość obfita guziczkowa wysypka na tułowiu. Rozwolnienie znaczne przez cały czas choroby się utrzymywało. Ilość białka utrzymywała się w jednéj mierze. Pod koniec życia tętno stawało się coraz czętszem i miększem (144 uderzeń na minutę). Zejście śmiertelne dnia 30V/III. Leczenie: Okład na głowę, ścisły dozór, i środki podniecające. Dyjeta: pokarmy płynne.

Rozpoznanie sekcyjne opiewa: *Typhus abdominalis intestini ilei et partis ascendentis colonis in stadio ulcerationis partim infiltrationis et necroseos glandularum agminatarum et solitarium, Hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Bronchitis diffusa. Bronchopneumonia acuta recens dispersa partium posteriorum praecipue pulmonis dextri. Emphysema marginale. Oedema acutum pulmonum.* W nerkach sekcyja nie wykazała zapalenia, również zmian nie znaleziono ani w pęcherzu, moczowodach ani w miedniczkach nerkowych, obfitą przeto ilość białka należałoby odnieść tylko do ostrego stłuszczenia miąższu nerkowego.

Przebieg kliniczny odpowiadał trzeciemu tygodniowi duru w zgodzie z wywiadami i nekroskopiją. Chora umarła z początkiem 4 tygodnia. Główną następową komplikacyją było ostre zrazikowe zapalenie płuc.

4. Julia Sm. lat 20 licząca, służąca, podaje, że od tygodnia po wstępnym dreszczu ma silny ból głowy, nóg i stałą gorączkę. Chora po tygodniowém leżeniu w łóżku wstała, kiedy jednak pierwotne dolegliwości znacznie się wzmogły, udała się do szpitala dnia 22/VIII. Badanie wykazało suchy nieżyt oskrzelów, ból nad jelitem ślepem, i tamże nagromadzenie kału; ciepłotę 41. 1°C, tętno w ilości 120 uderzeń na minutę; brak wysypki. Śledziona powiększona, jednak niemacalna, w moczu spora ilość białka. Rozpoznano dur brzuszny.

Ciepłota utrzymywała się stale na wysokości przeszło 40°C, w trzecim dniu po przybyciu wystąpiła wysypka guziczkowa na skórze tułowia a śledzionę można było dokładnie pod łukiem żebrowym wyczuć, brzuch wzdęty, bolesny, język suchy, biegunka. Odtąd stan jednaki, ciepłota między 39,5°C a 38°C, tętno 120 uderzeń na minutę; rozwolnienie utrzymywało się stale. W dniu 4 września wysypka przybladła, chora apatyczna, tętno podniosło się do 132 uderzeń a wśród zwiększającego się zapadu nastąpił skon dnia 5 września o godz. 8 rano.

Sekcyja wykazała: *Typhus abdominalis totius intestini crassi in stadio ulcerationis et necroseos, hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis hypoplastici, hypoplasia aortae. Pneumonia lobularis incipiens partis posterioris lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis diffusa. Nephritis apostematosa disseminata et degeneratio adiposa renum. Degeneratio et infiltratio adiposa hepatis.*

Chora zmarła w 13 dniu pobytu w szpitalu, w 20 dniu choroby a więc z końcem 3 tygodnia. W pierwszych trzech dniach niezwykle wysoka ciepłota 41°, 40·8°, 40·8°, potém spadała do 39° i 38°; tętno szybkie od 120 do 126 przez cały czas pobytu a w ostatnim dniu 132. Momentem usposabiającym do niepomyślnego zejścia była hypoplazyja serca i tętnicy głównéj, czego badanie kliniczne wykazać nie mogło. Z komplikacyj następowych sekcyja wykazała *a*) ropne rozsiane zapalenie nerek (*nephritis apostematosa disseminata*), którego objawem za życia prócz białkomoczu były prawdopodobnie uporczywe wymioty, tłumaczone z zadrażnienia otrzewny przy głębokiém owrzodzeniu (stwierdzoném nekroskopiją) tem snadniéj, że bolesność brzucha była bardzo znaczną, *b*) zapalenie rozpoczynające zrazikowe płuca prawego (*pneumonia lobularis partis posterioris lobi inferioris pulmonis dextri*). Zapalenie ropne nerek wystąpiło prawdopodobnie na dwa dni przed śmiercią zamarkowane podwyższeniem ciepłoty i wymiotami bardzo uporczywemi.

5. W dniu 29 września zgłosiła się do szpitala Karolina B., lat 18 licząca, sierota, zostająca na utrzymaniu rodziny, podając, iż od 12 dni ma silny ból głowy, duszność i rozwolnienie; podany w domu środek wymiotny sprowadził przez dwa następne dni trwające wymioty. Już od początku choroby miał być chód upośledzony. Stan obecny: budowa wątła, odżywienie liche, skóra blada, wysypka na tułowiu guziczkowa, język mocno obłożony. W płucach obok nieżytu suchego oskrzelów znaleziono po stronie prawéj w pasze od 6 żebra ku dołowi i z tyłu od kąta łopatki do dołu przytłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i obfite wilgotne drobnobańkowe rzężenia. Brzuch wzdęty, kruczenie nad jelitem ślepém; śledziona powiększona, niemacalna. Mocz bez białka. Ciepłota 40° C. Badanie w sferze ruchowéj zmian nie wykazało. Rozpoznano dur brzuszny i zapalenie płuca prawego.

Przebieg: Ciepłota aż do dnia śmierci utrzymywała się zawsze stale około 40° C. Tętno 120 uderzeń na minutę. Przez cały czas choroby w szpitalu stolce wolne, grochowe; nieżyt suchy oskrzelów utrzymywał się stale. Co się zaś tyczy zapalenia płuc, to ślady jego ustąpiły w dniu 13 października. W dniu 16 paźdz. zauważono po raz pierwszy upośledzenie ruchów odnóg dolnych, które bardzo szybko postępowało i doszło tego samego dnia do zupełnego niedowładu a prawie równocześnie wystąpiło porażenie zupełne rąk tak, że chora żadnych ruchów wykonywać nie mogła. Odruchy kolanowe zniesione a chora posadzona przechylała się mocno ku przodowi z powodu porażenia mięśni grzbietowych. Czynność kiszki stolcowéj i pęcherza normalna, czucie w miejscach porażonych nieco zmniejszone. Obok tych zmian rozpoczynająca się odleżyna na kości krzyżowéj. Stan taki trwał do 21, X, w którym to dniu z końcem 5go tygodnia chora życie zakończyła po krwotoku wewnętrznym. Obok leków skrzepiających podawano jodek potasu (5:150) rano i wieczór łyżkę, który chora używała przez dni sześć bez skutku.

Rozpoznanie sekcyjne opiewa: *Typhus abdominalis intestini ilei et totius intestini crassi in stadio partim ulcerationis partim infiltrationis cum hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Catarrhus ventriculi chronicus. Bronchitis diffusa. Oedema acutum pulmonum. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Cystitis catarrhalis. Endometritis corporis uteri catarrhalis. Anaemia. Decubitus.* Rdzeń i nerwy bliżéj mikroskopowo badane zmian nie wykazały.

Sekcyja wykazała więc jeszcze częściowo okres nacieków (*infiltratio*). Z tego wynika, że rozległe zmiany durzy-

cowe w kiszkach powstawały okresowo i tem samem tłumaczy się stała gorączka. Znaczne upośledzenie władzy w odnogach górnych i dolnych odpowiadało zanikowi mięśniowemu (*atrophia muscularis*), jaki się zdarza w durze a nie porażeniu wstępującemu (*Paralysis ascendens*), które przypuszczano za życia. Krwotok kiszkowy wśród rozległego owrzodzenia i okresowo występujących nawałów był przyczyną śmierci. Zauważyć należy jeszcze, że przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu chora miała uporczywe wymioty, jak opowiadała, po środku wymiotnym w domu zażytym. Być może, że sam akt wymiotny jest dla durowych bardzo szkodliwym (co zresztą bardzo łatwo pojąć można) i że choroby wywolujące wymioty nietylko a może i nie tyle swém istnieniem zakłócają przebieg choroby, ile towarzyszącym tymże zmianom aktem wymiotów. Z tegoby wynikało, że leczenie poronne wymiotne, tak chętnie używane przez dawnych lekarzy w chorobach zakaźnych, w durze brzusznym bezwzględnie bardzo źle wpływa na przebieg duru.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

M. Baratoux: **O wyłuszczeniu krtani.**

Le Progrès Médical z d. 27 marca i 10 kwietnia zawiera wyczerpującą historyczno-statystyczną pracę Baratouxa, uzupełniającą pracę Hahna. (Patrz *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 260). Ostatni zebrał 91 przypadków wyłuszczenia krtani, Baratoux aż 102. Za czasów Levreta leczenie nowotworów krtani pozostawiano naturze, Desault pierwszy zaproponował wyłuszczenie nowotworów krtani i on téż opisał laryngotomiję, nigdy jéj jednak nie wykonał. Pierwszym, który wykonał ostatni zabieg w r. 1833 był Brauers z Louvain i odtąd operacyję tę powtarzano. W 1829 r. Albert z Bonny w celach doświadczalnych, a mianowicie dla przekonania się, jaki udział bierze krtań przy oddychaniu, wykonał na psach częściowe, a nawet całkowite wycięcie krtani, jeden pies zdechł jednak w skutek krwotoku podczas operacyi, a drugi w 9 dni po operacyi w skutek wyniszczenia.

W r. 1854 Langenbeck miał zamiar wykonać wyłuszczenie krtani u chorego dotkniętego złośliwym nowotworem tego narządu, chory jednak nie zgodził się na ten zabieg. Koeberle oświadczył się również za wyłuszczeniem w podobnych przypadkach. Hueter przypisuje sobie pierwotną myśl téj operacyi, któréj nie wykonał jedynie dla tego, że chora umarła podczas poprzednio wykonanéj (zapobiegawczéj) tracheotomii. W r. 1866 dopiero Patrick Heron Watson z Edynburga wykonał po raz pierwszy wyłuszczenie krtani z powodu zmian kiłowych w téjże, chory jego jednak zmarł z zapalenia płuc w 3 tygodnie po operacyi. Nie wiedząc o tym zabiegu Czerny z Heidelbergu przedsięwziął doświadczenia na psach, chcąc się upewnić, czy wyłuszczenie krtani nie zagraża życiu. Jeden jednak pies zdechł 2go, drugi 15 dnia z uduszenia w skutek przesunięcia się rurki. Odtąd wykonywał C. poprzednio tracheotomiję zapobiegawczą, a po wyłuszczeniu wprowadzał długą rurkę, która się już nie przesuwała. Do chloroformowania i w celu zapobiegania dostaniu się krwi do tchawicy wprowadzał rurę gumielastyczną o grubych ścianach cięciem poniżéj chrząstki pierścieniowéj i wyłuszczał narząd głosowy oddzielając go począwszy od dołu od połyku aż do chrząstek nalewkowych, przecinając wielkie rogi kości gnykowéj i przecinając znowu krtań powyżéj górnego brzegu chrząstki tarczykowéj. W pierwszych przypadkach pozostawiał nagłośnię i przyszywał ją, w ostatnich wycinał ją, a psy na drugi dzień mogły łykać. Wprowadzając następnie sztuczną krtań przekonał się, że czynność narządu głosowego można do pewnego stopnia przywrócić. Wkrótce też, bo 31 grudnia r. 1873, Billroth swoim korzystnym wynikiem wprowadził wyłuszczenie krtani w szereg uznanych operacyj. Aż do chwili ogłoszenia pracy Baratouxa wykonano 102 wyłuszczeń krtani, z tych 73 z powodu raka, 10 z powodu mięsaka, 10 z powodu zwężenia, zgorzeli, polipa, a 9 z powodu chorób przyrody niepewnie znanéj. Z tych ostatnich 9 przypadków 5 jest niejasno opisanych. Zatém 97 przypadków daje się zużytkować do porównania. W 83 przypadkach wykonano całkowite wyłuszczenie, a w 14 tylko częściowe. Autor podaje następnie tablicę statystyczną przypadków całkowitego wyłuszczenia z nazwiskami operatorów i wynikami szczegółowemi każdego przypadku, począwszy od pierwszego przypadku Watsona aż do ostatniego Péana w marcu 1886 r.

Z zestawienia tego wynika, że operacyja ta dała 32 wyników korzystnych na 64 śmierci. Śmierć następowała zazwyczaj pomiędzy 2gim dniem po operacyi a 2ma latami. Bezpośrednią przyczyną śmierci były: zapalenie płuc, zapad i upadek sił. Z 32 przypadków wyleczonych 23 operowanych z powodu raka (z tych 21 całkowite wycięcie) żyło 4 lata, reszta 2 lata, 19, 18, 18, 16, 14—2 miesięcy.

Z porównania stosunku korzystnych wyników z niekorzystnemi przypada w przypadkach raka 47 śmierci na 15 wyzdrowień, t. j. wyleczenie miało miejsce zaledwo w $^1/_4$ części przypadków; 3cia część operowanych zmarła już w pierwszym tygodniu z zapadu, utraty sił, zapalenia opłucny, zatoru płucnego, krwotoku i zapalenia płuc (11 razy). Wyniki w przypadkach mięsaków były nieco korzystniejsze, a z 7 przypadków z zejściem śmiertelném 5 żyło od 7—18 miesięcy. Wyleczenie miało miejsce w połowie tych przypadków. Z 6 przypadków operowanych z powodu zwężeń i t. p. 5 żyło zaledwie 3 miesięcy, jeden zaledwie 6 miesięcy, a ostatni zaledwie rok. Zatém w $^2/_3$ przypadków wyłuszczenia krtani śmierć nastąpiła przed 6 miesiącami po operacyi.

Wskazania do wycięcia krtani stanowią: złośliwe nowotwory, które zajęły większą połowę przyrządu, nie zajęły jednak jeszcze sąsiedztwa. (Chorych w podeszłym wieku nie należy operować). Przeciwwskazaną jest ta operacyja w przypadkach dobrotliwych nowotworów, brodawczaków, zapaleń chrząstek albo nekrozy chrząstek, albo w przypadkach zajęcia sąsiedztwa przez złośliwe nowotwory. Częściowe wyłuszczenie powinno mieć pierwszeństwo przed całkowitém w przypadkach, w których tylko mniejsza połowa przyrządu jest zajętą przez nowotwór, w pewnych przypadkach zaciągnięć bliznowatych i w przypadkach przerostu lub skostnienia chrząstek, gdzie zwykła metoda rozszerzania zawodzi. Przy częściowém wyłuszczeniu wyniki pod względem powrotów nie są gorsze niż przy całkowitém, rurka jest zbyteczną, chory może mówić niskim głosem, a w niektórych przypadkach przychodzi do wytworzenia nowéj struny głosowéj i głos bywa wtedy lepszym, niż przy zastósowaniu sztucznéj krtani. W większéj liczbie przypadków wykonano poprzednio tracheotomiję częścią z powodu duszności, częścią mając na myśli następowe wyłuszczenie krtani (Czerny) (tz. zapobiegawczą); częścią też chcąc tą drogą wyłuszczyć nowotwór

bez wyłuszczenia samego przyrządu. Przekonano się též, że w razie wykonania poprzedniego tracheotomii chory odzyskuje siły, błona śluzowa jego krtani przyzwyczaja się do bezpośredniego działania na nią powietrza, tchawica lepiéj potém znosi kaniulę, nadto powstają zrosty w tém miejscu uczepiające tchawicę do sąsiedztwa, przez co ta ostatnia nie opada ku dołowi, a tém samém krew i ropa trudniéj dostają się do niéj podczas i po operacyi; tą drogą najlepiéj téż chloroformować chorego.

Do uśpienia używano chloroformu, mięszaniny Billrotha, dwuchlorku metylenu (Heine), a nawet miejscowego znieczulenia eterem (Bottini). Jeżeli poprzednio nie wykonano tracheotomii, należy ją wykonać bezpośrednio przed wyłuszczeniem krtani jak najniżéj i zatamponować następnie tchawicę. Do tamponowania tchawicy używa się zazwyczaj rurki z tamponem Trendelenburga (Tamponkanüle). Sposób ten tamponowania tchawicy polecili Heine, Langenbeck, Bruns, Caselli, Schönborn i inni. Billroth i Bottini porzucili rurkę Trendelenburga, jako zawadzającą, a Bottini powiada: „że gdy takowa silnie jest wydętą, chory jéj nie znosi, gdy zaś jest wolno założoną krew dostaje się do tchawicy“. Caselli i Lange radzą operować w położeniu Rosego, t. j. z głową zwieszoną na dół. Albert wprowadza tylko rurę gumielastyczną do tchawicy po oddzieleniu jéj od krtani. Przy użyciu rurki Trendelenburga chloroformowanie bywa bardzo ułatwioném. Cięcie wykonywa się w linii środkowéj, na końcach tego cięcia prowadzi się 2 pionowe i uzyskuje w ten sposób 2 płaty boczne. Cięcie prowadzi się na 1 cm. powyżéj kości gnykowéj aż do miejsca tuż powyżéj przetoki krtaniowéj; Langenbeck polecił cięcie w kształcie litery T o ramionach w górze, Bottini zaś cięcie w kształcie odwrotnego T (⊥). Następnie jedni wykonywają laryngotomię (Schönborn), w celu obejrzenia wnętrza krtani, inni tępo oddzielają części miękkie od krtani szczypczykami, zgłębnikiem rowkowanym lub termokauterem (Bottini), przyczém ochraniają naczynia i nerwy. Według Bottiniego uciśnięcie nerwu błędnego może wywołać omdlenie. Trzecim aktem operacyi jest właściwe wyłuszczenie przyrządu, które można uskutecznić albo od dołu ku górze (Czerny, Billroth, Heine, Schönborn) albo od góry ku dołowi (Maas, Langenbeck). Przy użyciu pierwszéj metody ujmuje się krtań hakiem ostrym i ciągnie ku przodowi, poczém przecina się poniżéj chrząstki pierścieniowéj krtań nożem lub termokauterem (Bottini), oddziela ją od połyku (po poprzedniém zatamponowaniu tchawicy rurką Trendelenburga lub po wprowadzeniu rury gumielastycznéj do niéj), wreszcie przecina się błonę pomiędzy krtanią a kością gnykową. Operując od góry przecina się wiązadła tarczykowo-gnykowe i tarczykowo-nagłośniowe, a po odddzieleniu od połyku przecina się na końcu tchawicę albo też pozostawia się chrząstkę pierścieniową, jeżeli jest zdrową. Nagłośnię wycina się na końcu, jeżeli tego wymaga potrzeba. Po wyłuszczeniu tamuje się krwotok a rurkę Trendelenburga zastępuje się zwykłą lub w kształcie litery T, którego górne ramię zatyka się początkowo. Następnie wprowadza się zgłębnik połykowy i zakłada się szwy zbliżające brzegi rany i opatrunek jodoformowy. Szwy wyjmuje się około 5go dnia. Chorego żywi się zgłębnikiem żołądkowym przez pierwszych dni 15. Billroth pozwala już 8 dnia choremu przyjmować pokarmy płynne, bez zgłębnika żołądkowego. Po operacyi grożą choremu przedewszystkiém krwotok następowy, któremu zapobiedz można tamponując krtań, i zapalenie płuc, któremu zapobiega się wziewaniami antiseptycznemi i zwieszaniem głowy chorego ku tyłowi, tak że otwór tchawicy stanowi najwyższy punkt rany. Wreszcie wprowadza się rurkę fonacyjną Gussenbauera; od długości języczka metalowego téj ostatniéj zależy wysokość głosu. Heine i Schmidt wprowadzać radzą rurkę fonacyjną bezpośrednio po operacyi, inni w 3 do 5 tygodni po operacyi. *Dr. Bargcz.*

Okulistyka.

Dr. Bol. Wicherkiewicz: **O drugorzędném przeszczepianiu płatów skóry bez mostka w zastosowaniu do blefaroplastyki.**

Podstawowe doświadczenia Reverdina nad przeszczepialnością powierzchownych warstw skóry na świeżo brodawkujące rany dały pochop do daléj idących doświadczeń tak, że już Wolff i Wordsworth pokusili się ze skutkiem o przeszczepianie większych odosobnionych płatów skóry w całéj jéj grubości w celu pokrycia ubytków skóry powiek. Za niezbędny warunek udania się transplantacyi tego rodzaju uważali oni: 1) wstrzymanie się od wszelkich antiseptycznych środków z obawy przed nadwerężeniem proliferacyjnéj zdolności komórek; 2) utrzymanie płatu w cieplocie krwi podczas całéj operacyi. O ile drugi warunek niewątpliwie ma wielkie, acz nie istotne, znaczenie, to co do pierwszego przekonał się autor, że postępowanie przeciwgnilne wcale na możliwość przyjęcia się płatu szkodliwie nie wpływa. Natomiast ważną tu rolę odgrywa krwotok po utworzeniu rany, skrzep bowiem krwi nie dopuszcza do dokładnego przystosowania płatu do saméj powierzchni. Możliwości organizacyi krwi autor nie przeczy wprawdzie, uważa jednak dokładne zatamowanie krwotoku za niezbędny warunek postępowania przeciwgnilnego. Jakkolwiek krwotok występujący po uwolnieniu powiek z bliznowatych zrostów zwykle bywa nieznaczny, tak nieznaczny, że autor nigdy prawie nie był zmuszonym uciec się do podwiązania naczyń, to przecież miąższowe broczenie nigdy dokładnie zatamować się nie da. Trudność zaś ta staje się jeszcze większą w przypadkach, gdzie chodzi o ubytek powstały po usunięciu nowotworu powiek, co zawsze bywa z silniejszém połączone broczeniem. Doświadczenia Kochera nad szwem drugorzędnym naprowadziły w obec tego autora na myśl, czyby nie można odświeżonéj i uwolnionéj ze zrostów powieki pokryć dopiero po kilku dniach płatem, kiedy już krwotoku obawiać się nie trzeba.

Modyfikacyję tę nazwaną przez siebie „drugorzędną transplantacyją bez mostka“ przeprowadza autor w następujący sposób: Przedewszystkiém chory otrzymuje kąpiel ogólną, pole operacyjne oczyszcza się dokładnie mydłem i sublimatem 1 : 1000, a worek spojówkowy przepłukuje sublimatem 1 : 10,000. Kilkoma wstrzyknięciami kokainy (razem 0·03—0·04 *coc. mur.*) znieczula się pole operacyjne, poczém następuje uwolnienie i repozycyja powiek, będąca zarazem przygotowaniem i odświeżeniem podstawy rannéj pod płat. W tym celu prowadzi autor cięcie równolegle do wolnego brzegu powieki, tak jednak, aby ile możności jak najwięcéj zdrowéj skóry przy brzegu zostało, od końców zaś tego cięcia prowadzi drugie, okrążające dookoła bliznowate zrosty, poczém następuje oddzielenie powieki podskórnemi cięciami od zrostów z podstawą. Po uruchomieniu w ten sposób powieki wykonywał autor pierwotnie tarsorafiję, w ostatnich czasach jednak, aby jeszcze lepiéj odsłonić podstawę dla przyszłego płatu, a zarazem uniknąć oszpecenia po tarsorafii, zastąpił tarsorafiję przeciągnięciem przez brzeg powieki pętli z je-

dwabnéj nitki, za pomocą któréj dowolnie można podnieść, względnie ku dołowi ściągnąć, powiekę, zyskując przez to napięcie szeroką dla płatu podstawę. Nitkę, podtrzymywaną wśród operacyi przez asystenta kolodyjonem, następnie przytwierdza się do czoła, względnie do lica. Dla zapobieżenia następowemu miąższowemu krwotokowi pokrywa się ranę płatkami lepnéj gazy jodoformowéj Billrotha, poczém w zwykły sposób zakłada się opatrunek przeciwgnilny. Po 1—4 dni, co jest obojętném, zdejmuje się pod rozpylaczem karbolowym opatrunek celem przystąpienia do aktu drugiego: przeszczepienia płatu, którego wielkość i kształt odznacza się na modelu z gumowego papieru. Płat bierze autor ze skóry ramienia przy znieczuleniu kokainą. Śród preparowania należy zwracać uwagę na dokładne oddzielenie tkanki tłuszczowéj. Podczas tego asystent iryguje płat ciepłym rozczynem kwasu borowego aż do chwili zupełnego zaadaptowania do ubytku. Wielkość płatu nie powinna przewyższać o wiele powierzchni rannéj, przy rozciągnięciu bowiem tejże za pomocą pętli płat o parę milimetrów w obwodzie szerszy zupełnie wystarcza, podczas gdy nadmiar skóry przeszczepionéj marszczy się, a część niedokładnie przylegająca obumiera. W równych zaś zresztą warunkach płat większy daje mniejszą rękojmię przyjęcia się niż mały. W razie gdyby płatu przecież tu i owdzie nie dostawało, 2—4 szwów wystarczy do zupełnego zbliżenia brzegów ku sobie. Kardynalnéj wagi jest dokładne przyleganie płatu, do czego zmierza między innemi starannie i jednostajnie działający opatrunek uciskowy; przed założeniem takowego pokrywa jednak jeszcze autor płat listkiem aseptycznego staniolu w celu ułatwienia oddzielenia materyjału opatrunkowego przy zdjęciu opatrunku.

Pierwsza zmiana opatrunku ma miejsce w 7—8 dni po II akcie, w razie, jeżeli przy codziennėm oglądaniu nie zauważymy sączenia. Przy ostrożném zdjęciu opatrunku napotyka się następujące możliwości: 1) albo płat w całości się przyjął, w takim razie posiada barwę lekko różową, przyczém przyskórek bywa często zmacerowanym, lub téż pokryty jest pod przyskórkiem białawą gęstą masą, którą autor uważa za proliferacyję komórek warstwy Malpighiego; 2) albo przyrósł tylko częściowo w postaci wysepek odróżniających się różowawém zabarwieniem od bladych, często rozmiękłych części uległych obumarciu; 3) lub wreszcie płat zgoła się nie przyjął, co się na pierwszy rzut oka zdradza bladém lub żółtawoszarém zabarwieniem przy wydzielinie mniéj lub więcéj obfitéj, co już zależy od tego, czy sprawa odbywała się wśród septycznych lub aseptycznych warunków. Przyjęcie się nawet całkowite płatu nie dowodzi jeszcze wygranéj. W dalszym bowiem przebiegu po przecięciu mostka utworzonego przez tarsorafiję, płat nierzadko ulega skurczeniu, poczém już nieraz po kilku tygodniach wraca napowrót wywinięcie powieki. Zdarza się także, co już jednak dotyczy przeważnie osób dotkniętych charłactwem kiłowém lub zołzowém, że po zagojeniu płatu w jakiś czas późniéj wytwarza się wrzodzik w pewném miejscu, który poczyna szybko się szerzyć, aż wreszcie cały płat ulegnie rozpadowi. Czasem uważał nawet W. u osób nieobciążonych powolną mumifikacyję płatu.

Z zamieszczonego w rozprawie opisu 7 historyj chorób wynika, że na 10 wykonanych transplantacyj drugorzędnych (nb. w 2 przypadkach musiano powtórzyć transplantacyję 3, w jednym 2 razy) w 2 przypadkach płat wcale się nie przyjął, w jednym przyjął się w znacznéj części, a w 7 w całości. Z przyjętych w całości 2 uległy rozpadowi z powodu wzmiankowanego wyżéj wrzodu, w jednym nastąpiło skurczenie z następném wywinięciem powieki jak przed transplantacyją i w 1 mierne skurczenie się bez wywinięcia.

W rezultacie więc na 10 przeszczepień 5 osiągnęło cel w zupełności, co do trwałości jednak wyniku z dat zamieszczonych w rozprawie sądu sobie wyrobić nie można, czas bowiem obserwacyi nie przenosił 3 miesięcy po operacyi. Z 5 niepomyślnie zakończonych transplantacyj dwie chybiły celu z powodu zakażenia kiłowego, 2 skutkiem znacznych rozmiarów ubytku, tak że płat osiągnął długość 72 mm., w jednym zaś wrzód zniszczył wynik z niewiadoméj przyczyny. Zestawienie to obliczone przez nas w stosunku do liczby wykonanych transplantacyj przedstawi się o wiele korzystniéj, jeżeli uwzględnimy ostateczny rezultat dla pojedyńczych chorych, po ponownych bowiem zabiegach udało się autorowi, nawet w przypadkach gdzie pierwotnie wynik był niepomyślnym, uzyskać znaczną jeżeli nie całkowitą poprawę ułożenia powiek. Dodać należy, że z przywróceniem należytego ustawienia powiek i wzrok podupadły skutkiem następowych cierpień rogówki doznawał wybitnéj poprawy.

Korzyści, jakie przedstawia drugorzędna transplantacyja przed przeszczepieniem, wykonaném bezpośrednio po odświeżeniu rany, widzi autor w 3 głównie punktach: 1) w ominięciu krwotoku, 2) w zaoszczędzeniu płatu w przypadkach, gdzie po zdjęciu opatrunku po pierwszym akcie napotykamy podejrzany stan rany, w takim bowiem razie po dokładném oczyszczeniu pola można usunąć niezdrowe granulacyje, a przystąpić do transplantacyi po oczyszczeniu się rany; 3) w przypadkach, gdzie istnieją zmiany w kościach sąsiednich, pozwala drugorzędna transplantacyja wykonać przeszczepienie wśród warunków więcéj aseptycznych, bo już po usunięciu zakaźnych wytworów ogniska gruźliczego lub nowotworowego. (Osobne odbicie z *Arch. Graefego*, T. XXXII, Zeszytu 4go). *Dr. Sroczyński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dodawanie kwasu salicylowego do pożywek.

Sprawa szkodliwości dodatku kwasu salicylowego do pożywek nie schodzi od lat kilku z porządku dziennego badań i rozpraw naukowych. W ostatnich czasach zajmowała się tą sprawą Akademija lekarska w Paryżu, w któréj toczyły się rozprawy w grudniu r. z. i styczniu r. b. nad sprawozdaniem Dra Vallina, przedstawionym w imieniu poprzednio wyznaczonéj komisyi. Oto krótki zarys wzmiankowanego sprawozdania i rozpraw w téj ważnéj sprawie.

I. Sprawozdanie zajmuje się najpierw pytaniem, czy mierne ilości kwasu salicylowego używane przez miesiące i lata mogą zrządzić zaburzenie zdrowia? Z leczniczego użycia wielkich dawek jakiegoś środka nie można nic wnosić o nieszkodliwości tegoż, jeżeli jest wprowadzony do ustroju z pożywkami. Gorączkujący, zachowujący dyjetę, nieopuszczający łoża znosi środki lekarskie w ilościach, których zdrowy i czynny, kilkakrotnie przez dzień jedzący, nie jest w stanie znieść: choremu na zapalenie płuc można przez tydzień codziennie podawać 30—40 ctgm. emetyku, gdy już jedno ziarno wzbudza wymioty u człowieka jedzącego; dygitalinę, makowiec, jodek potasu znoszą chorzy w ilościach, jakich powróciwszy do zdrowia znieść nie są w stanie.

W skutek idyjosynkrazyj szczególnych (wysypki płonicowe, obrzęki, zawroty, majaczenia i t. d.) niektórzy chorzy nie mogą znieść dawek kwasu salicylowego, nawet mniej-

szych od grama. Możnaby powiedzieć, że to wyjątki, ale z 1000 osób, ileż miało sposobność wypróbować swą wrażliwość na kw. salicylowy. Gdy cała ludność kraju będzie narażoną na pożywanie codzienne kw. salicylowego z pożywkami, ujawni się liczba takich idyjosynkrazyj.

U starców, u osób dotkniętych miażdżycą tętnic, zaburzeniami w czynności nerek z powstrzymaniem wydzielania moczu, przeciwskazanym jest kw. salicylowy, a nagromadzenie się jego we krwi może sprowadzić bardzo ciężkie przypady. Dawka pierwotna ma tu mniejsze znaczenie, bo każdodziennie się powtarzający niestosunek między wydzielaniem a ilością wprowadzoną wpływa nieodzownie na nagromadzenie, które jest tylko kwestyją czasu; objawy zatrucia mogą wybuchnąć niespodziewanie, gdy ani lekarz, ani chory nie domyśla się codziennego użycia kw. salicylowego w pokarmach i napojach.

Istnieje jeszcze cały szereg dotkniętych zaburzeniami żołądkowemi. Członkowie komisyi cytowali przypadki, że wielu z takich chorych nie jest w stanie znieść nawet małych dawek tego środka. Bertholet przypuszcza, że kw. salicylowy wprowadzony do żołądka wstrzymuje może fermentacyję żołądkową i kiszkową, tak samo, jak opaźnia robienie piwa lub wina, które przez jego dodatek przechować chcemy. Wielu cierpiących na zaburzenia żołądkowe doznaje ulgi, inni uleczenia w skutek użycia leczniczego fermentów trawiennych, pepsyny, pankreatyny, peptonów; łatwo pojąć, że przeciwnie — użycie pokarmów z dodatkiem istot fermentacyjnych czyni w tych razach trawienie trudniejszém.

Najnowsze prace okazują, że kwas salicylowy, który odnajdujemy w pierwszym moczu noworodków, może wywołać poronienie, krwotoki u ciężarnych, źle znoszą go używający wyskoku, osoby dotknięte cierpieniami mózgowemi i t. d. Fakty te są dopiero od lat kilku znane, łatwo przeto zrozumieć, że niektórzy lekarze widząc, że chorzy dobrze znoszą po kilka gramów tego środka dziennie, sądzili niegdyś, że kw. salicylowy może być użyty do przechowywania pokarmów; wspomniane spostrzeżenia usprawiedliwiają z drugiéj strony podniesienie wątpliwości. Jak trzeba być ostrożnym w dopuszczaniu małych nawet dodatków, lecz codziennych, istot trujących do pokarmów, dowodzi historyja zatruć ołowiem. Wprawdzie Kolb w r. 1878, a świeżo Lehmann (*Archiv f. Hygieine* 1886 grudzień, str. 483) przytaczają doświadczenia na 2 osobach, które bezkarnie używały przez rok codziennie po 50 ctgm. do 1 grm. kw. salicylowego mocno rozcieńczonego w napojach wyskokowych. Doświadczenia na ludziach młodych i zdrowych nie upoważniają atoli do wniosków o nieszkodliwości dla osób wiekowych, ozdrowieńców dotkniętych zaburzeniami dróg moczowych lub pokarmowych, sam też Lehmann przemawia za zakazem kw. salicylowego jako dodatku do piwa. Mimo, że niektóre osoby bezkarnie wprowadzały z pokarmami dziennie kilka gramów sublimatu, któżby śmiał żądać upoważnienia dla sprzedających napoje dodawania sublimatu w celu przechowania pokarmów? lub cóżby odpowiedziano, gdyby sprzedający takiego upoważnienia żądali?

II. Czy możebną jest rzeczą wskazać jakiś największy dopuszczalny dodatek kw. salicylowego do pokarmów, którego przekroczenie wypadałoby dopiero karać? Propozycyja ta jest pociągającą, ale sprzeciwiają się jéj zasadnicze i istotne powody. W sierpniu, wrześniu i październiku 1886 poddano w Paryżu 20 próbek piwa badaniu, przyczém wykazały one znaczne ilości kw. salicylowego, gdy zaś Dr. Jungfleisch w początku listopada oznaczał w nich ilościowo kw. salicylowy sposobem kolorymetrycznym i bardzo czułym Remonda, wystąpiło słabe charakterystyczne zabarwienie. Dowiedziona już dziś okoliczność, że różne fermenty niszczą dość szybko kw. salicylowy, tłumaczy te różnice. Stopniowe to znikanie kw. salicylowego stanowi jednę z największych przeszkód oznaczenia największéj dopuszczalnéj ilości, czego się domagają przemysłowcy: po kilku tygodniach lub miesiącach trudno rozpoznać pierwotną ilość, bo szybkość znikania kwasu różni się znacznie, stosownie do ciepłoty, zasobu wyskoku, przyrody fermentów pochodnych i t. d. W miarę znikania kw. salicylowego znika téż zdolność przechowywania. Próbki badane przez Jungfleischa w chwili odkorkowania były w dość dobrym stanie, wkrótce jednak powierzchnie płynu pokryło *mycoderma vini*, późniéj *mycoderma aceti;* robienie następowe wystąpiło nader czynnie. Nic nie dowodzi, aby produkty, w których kw. salicylowy doznał takiego przeobrażenia, były nieszkodliwemi.

Brak pewnych oznaczeń średnich ilości kw. salicylowego w piwie i winie. Remond podaje 15—20 ctgm. w litrze wina, 10—40 piwa, a 10—20 cydru. Jungfleisch przypuszcza średnio 10 grm. w hektolitrze wina, 20—25 w hektolitrze piwa. Pod wpływem zakazu salicylowanie znacznego doznało zmniejszenia (na 7362 próbek wina stołowego znaleziono 33 salicylowanych w r. 1885, gdy w r. 1882 było ich 262 na 5319 podejrzanych).

Gdyby oznaczono największą dopuszczalną ilość, to znalazłaby się ona nietylko w piwie i winie, ale także w wielu innych pożywkach, które mimo rad fabrykantów kw. salicylowego nie bywają jeszcze zaprawianemi, a częściowemi temi ilościami wprowadzanemi w ciągu dnia z różnemi pokarmami łatwo przekroczonoby największą ilość dopuszczalną. Zalecano dodatek kw. salicylowego do przechowywania win stołowych, likierów, piwa, mleka, masła, ryb i skorupiaków, mięsa, soków, kompotów, konfitur, syrupów, dziczyzny i wyrobów masarskich. Już w początku tego przemysłu w r. 1880 zużyto we Francyi 50.000 klgr. kwasu salicylowego.

Wielce znaczącém jest, że większa część osób spożywających pokarmy zaprawne kw. salicylowym, nie wie o tém równie jak i o tém, że cierpi na białkomocz i że lekarz nie przypuszcza, aby chory spożywał pewną dawkę leku, który mu szkodzi. Lekarz przepisując kw. salicylowy rozważa wskazania i przeciwwskazania, kieruje użyciem, a w razie potrzeby zawiesza je, całkiem zaś odmiennie ma się rzecz przy wprowadzaniu tego środka z pokarmami.

Niektórzy sądzą, iż należy zrobić próbę co do najwyższéj dopuszczalnéj ilości, a gdy wynikną znaczne szkody, ponowić zakaz. Byłoby to jednak tajném popieraniem fałszerstwa pokarmów, a zresztą doświadczenie uczy, iż trudno następnie ograniczyć dozwolenie. Objawiono także żądanie, aby dozwolić sprzedaży pokarmów zaprawnych kw. salicylowym pod warunkiem, że na etykiecie będzie wymienione znajdowanie się kw. salicylowego i jego ilość. Prawo jednak nie zezwala zobowiązywać fabrykantów lub sprzedających do podawania składu produktów. Zmiana prawa nie miałaby skutku, bo w jakiż sposób żądający kieliszka wina lub kufla piwa wiedziećby mógł, czy na baryłce jest etykieta, czy ona prawdziwa, lub czy przypadkiem nie odpadła?

O ile rozbiór jakościowy co do kw. salicylowego jest łatwy nawet w pożywkach, o tyle oznaczenie ściśle jest niepewne, trudne i trwa długo; wynik w dniu badania nie bę-

dzie odpowiadał wynikowi powtórnego, późniejszego badania i te to względy skłoniły Lehmana, asystenta prof. Pettenkofra, do przemawiania przeciw dodatkowi kw. salicylowego do piwa.

III. Porównanie przepisów. W Szwajcaryi w większéj części kantonów dodatek kw. salicylowego do pożywek bywa karany grzywną a przy powtórném przewinieniu ogłoszeniem nazwiska przekraczającego. W Bawaryi i w Badeńskiém surowo przestrzeganym jest zakaz dodatku kw. salicylowego do piwa. W r. 1885 na Zjeździe chemików przemysłowców w Norymberdze sprawozdawca Dr. Vogel żądał dozwolenia dodatku 5 gramów na hektoliter piwa z warunkiem, aby piwo z tym dodatkiem sprzedawano pod nazwą piwa zaprawnego salicylem, po długich rozprawach uchwalono wszystkiemi głosami (w Zjeździe brali udział piwowarzy, chemicy, lekarze i higijeniści) przeciw jednemu (sprawozdawcy): „iż nie należy dozwalać dodatku kw. salicylowego do piwa.“ Wielu téż piwowarów i syndykat izb handlarzy wina i wyskoku we Francyi również oświadczyło się przeciw dozwoleniu. Dr. Vallin przedkłada w końcu Akademii lekarskiéj do uchwały dwie rezolucyje:

1. Spostrzeżenia lekarskie stwierdzają, że małe lecz codzienne dawki przez czas dłuższy kw. salicylowego lub jego przetworów mogą zrządzić znaczne zaburzenia zdrowia u osób wrażliwych na ten środek, u wiekowych, u osób wreszcie, które nie mają już nienaruszonych dróg moczowych lub czynności trawienia.

2. Skutkiem tego nie należy dozwalać dodatku kw. salicylowego i jego przetworów nawet w małych dawkach do pożywek stałych i płynnych.

Paul w rozprawach zabrał głos przeciw wnioskom: bezwzględny zakaz zdaje mu się być przesadnym. Nieznoszenie przez chorych czy zdrowych jest tylko wyjątkowém. Nie zdołano przytoczyć przypadków, któreby bezpośrednio przypisywać wypadało użyciu pokarmów zaprawnych. Gdyby te pokarmy szkodziły, publiczność dawno wyrzekłaby się ich użycia. Jeżeli zakażemy salicylowania, będzie ludność pożywać pokarmy zepsute, rozłożone, a w tym stanie będą one szkodliwszemi, niż gdy są słabo kw. salicylowym zaprawne.

Na te zarzuty odpowiedział Vallin: że jeżeli przypadki choroby w skutek użycia pokarmów zaprawnych kw. salicylowym są jeszcze rzadkie, to przyczyna tego leży w têm, iż nie robi się w tym kierunku dochodzeń i że nieraz przyrody cierpienia nie podejrzywamy. Czyż wielu jest takich lekarzy, którzyby w przypadku uporczywéj dyspepsyi pomyśleli o poszukiwaniu w moczu lub pokarmach cechującego odczynu półtorachlorku żelaza? Gdyby objawy były zawsze jednakie, cechujące, to uderzyłyby lekarza nieuprzedzonego, ale objawy niestrawności lub bóle żołądka będą raczéj innym powodom przypisywane. Dopuszczenie pewnéj największéj ilości będzie mieć ten skutek, że dla utrzymania konkurencyi wszyscy przemysłowcy dodawać będą kw. salicylowy do swych przetworów, bo ekonomiczniejszą jest rzeczą i łatwiejszą dodać do hektolitra wina 10grm. kw. salicylowego, kosztujących 20 centymów, niż starać się o drobiazgową czystość, nieustanny dozór i skrupulatny wybór materyj pierwotnych. Istnieją zresztą inne sposoby przeszkadzania robieniu napojów jak pasteuryzowanie, ogrzewanie itd.

Brouardel poparł jeszcze zdanie Vallina kładąc nacisk na niebezpieczeństwo niezupełnego wydzielania kw. salicylowego u osób, u których tętnice i nerki są chore, niebezpieczeństwo zwiększone przez to, że ani lekarz, ani chory nie podejrzywa obecności téj istoty w codziennych pokarmach. Po tych rozprawach uchwalono wnioski wyżéj podane wszystkiemi głosami przeciw trzem. Skutkiem téj uchwały niezawodnie przycichnie na pewien czas ta głośna sprawa. Rozprawy te powinnyby zwrócić uwagę praktyków na związek istniejący pomiędzy pewnemi zaburzeniami dyspeptycznemi lub innemi a codzienném wprowadzaniem pokarmów zaprawnych salicylem; wykrycie kw. salicylowego w moczu jest tak łatwe, iż praktycy nie powinni się pozbawiać tego źródła wskazówek etyjologicznych, higijenicznych i profilaktycznych. (*Rev. d'hyg. et de pol. san.*, 1887, Nr. 2).

Dr. Grabowski.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w lutym roku 1887.

Tyfus brzuszny utrzymał się prawie w równém rozszerzeniu jak w styczniu br. Sprawdzono w 58 gminach i w m. Krakowie 1788 chorych (w styczniu 1489), z tych wyzdrowiało 1165 czyli 65·2%, umarło 138 czyli 7·7% (w styczniu 8·9%), pozostało w leczeniu 485 (w styczniu 536) chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie przemyślańskim, gdzie w siedmiu gminach stwierdzono 215 chorych, z tych umarło 36 osób a zatém przeszło 16%; także w powiecie rawskim od kilku już miesięcy tyfus znacznie jest rozpowszechnionym, a w lutym stwierdzono w pięciu gminach 213 chorych, z tych umarło 13; także w powiecie sanockim w pięciu gminach było 107 chorych, lecz z małą śmiertelnością, bo tylko 3·7%; w powiecie kamioneckim, a zwłaszcza w mieście Kamionce, trwa tyfus od listopada z. r. i w têm mieście zachorowało dotychczas 351 osób, umarło zaś 23 (między tymi także i lekarz miejski Landau); dość groźnie wystąpił także tyfus w powiecie husiatyńskim, w dwu gminach stwierdzono w lutym 136 chorych, z tych umarło 13 (niemal 10%).

Tyfus plamisty stwierdzono w lutym w 43 gminach u 1230 chorych (w styczniu tylko 828 chorych w 31 gminach). Z téj liczby wyzdrowiało 793 czyli 64·5%, umarło 93 czyli 7·6%, pozostało 344 osób w 22 miejscowościach. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie samborskim, gdzie w 5 gminach 177 chorych stwierdzono, z tych umarło 16 osób; także w tarnopolskim powiecie w trzech gminach było 145 chorych, przypadków śmierci było 14, w powiecie buczackim w trzech gminach 115 chorych, 6 przypadków śmierci, w horodeńskim powiecie w 2 gminach 109 przypadków choroby, a 7 śmierci (nadto jeden lekarz delegowany do leczenia tych epidemij) także i w rawskim powiecie w 4 gminach 76 przypadków choroby, lecz tylko 2 przypadki śmierci. Najwięcéj chorych z końcem lutego pozostało w powiecie tarnopolskim (w trzech gminach 82 chorych). W mieście Krakowie leczono w lutym 14 przypadków tyfusu plamistego, z tych wyzdrowiało 7, umarł 1 mężczyzna, pozostało 6 osób; od początku epidemii zachorowało 32 osób, umarło 5. W lutym chorzy pochodzili przeważnie z okolicy (z gminy Kamień) przywiezieni jako chorzy do szpitala powszechnego.

Szkarlatyna nieco przygasa, w lutym stwierdzono w 58 gminach 1899 (w styczniu 1982, w grudniu z. r. 2104, w listopadzie 2539) chorych, z tych wyzdrowiało 1186 czyli 62·5%, umarło 241 czyli 12·7%, pozostało w leczeniu 472 osób. Największa ilość chorych była w powiecie cieszanowskim w 4 gminach 239 przypadków, daléj w powiecie trembowelskim w 4ch gminach 209 przypadków z śmiertelnością 18·6%; największa zaś śmiertelność zdarzyła się w powiecie buczackim, gdzie w 5 miejscowościach z 127 chorych 27 umarło, t. j. 21%; także w sąsiednim powiecie czortkowskim była szkarlatyna znacznie rozszerzoną, gdyż w 5 gminach stwierdzono 182 przypadków choroby z śmiertelnością = 16%.

Dyfteryję stwierdzono w lutym w 15 miejscowościach (także w mieście Krakowie) w 10 powiatach. Leczono 168 osób, z tych wyzdrowiało 113 czyli 67·3%, umarło 26 czyli 15·5%, pozostało w leczeniu 29 chorych w 4 miejscowościach.

Dysenteryja panowała w lutym w 4 miejscowościach w 3 powiatach, z 105 leczonych chorych wyzdrowiało 52 albo

49 5%, umarło 11 czyli 10·5%, pozostało w leczeniu 42 osób w 3ch gminach w powiecie łańcuckim i skałackim.

Ilość leczonych na odrę chorych była w lutym trochę wyższą niż w styczniu, lecz ilość nawiedzonych tą chorobą gmin była trochę mniejszą. Z 5574 leczonych chorych, wyzdrowiało 4663 albo 83·7%, w styczniu 76·5%, umarło 489 czyli 8·8% (w styczniu 8·0%), pozostało w leczeniu z końcem stycznia 816, z końcem lutego tylko 416 chorych. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie jaworowskim, gdzie w 13 miejscowościach stwierdzono 940 przypadków choroby, z których 109 zakończyło się śmiercią, a w jednéj gminie tego powiatu (w Wierzbianach) z 158 chorych umarło 28 czyli 17·7%. W tych 13 miejscowościach powiatu jaworowskiego zachorowało od początku epidemii 1346 osób na odrę, a z tych umarło 188 czyli 14%. Lecz z końcem lutego nie pozostał tam ani jeden przypadek odry. Także w powiecie staromiejskim była odra więcéj rozszerzoną, w 8u miejscowościach było 773 przypadków choroby a 63 przypadków śmierci.

Koklusz stwierdzono w lutym w 17 powiatach w 37 miejscowościach u 2975 osób. Z powodu wyczerpania funduszu po największéj części ograniczała się czynność lekarzy z ramienia rządu delegowanych do stwierdzenia rodzaju choroby, udzielenia pomocy chorym znalezionym przy pierwszéj wizycie lekarskiéj i do zarządzenia środków zapobiegawczych szerzeniu się epidemii. Tylko w razie znaczniéj śmiertelności delegowano lekarza dla leczenia chorych.

Ospę stwierdzono w 16 powiatach a w 31 miejscowościach. Z 397 leczonych chorych (w styczniu 412) wyzdrowiało 133 czyli 33·5% szczepionych, 97 czyli 24·4% nieszczepionych, umarło 6 czyli 1·5% szczepionych i 46 czyli 11·6% nieszczepionych; pozostało z końcem lutego 44 chorych szczepionych i 71 nieszczepionych. Najwięcéj była ospa rozszerzoną w powiecie tarnopolskim, gdzie w 5 miejscowościach 71 przypadków choroby a 22 przypadków śmierci stwierdzono; największa zaś ilość chorych była w powiecie drohobyckim, gdzie w 3ch miejscowościach 83 chorych stwierdzono, z nieznaczną jednak śmiertelnością.

Lwów d. 12 marca 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 lutego do 5 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,1. Z błonicy i dławca umarło 3 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z gruźlicy 8 (7 z. t.); z zapalenia płuc 5 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach płonicy, 2 duru osutkowego (ze Swiątnik), 1 róży. W tygodniu od 20—26 lutego umarło z ospy: w Warszawie 6, w Wiedniu 3, w Budapeszcie 18, w Pradze 2, w Rzymie 8, w Wenecyi 1, w Paryżu i Petersburgu po 4. Z duru osutkowego umarło: w Amsterdamie i Edinburgu po 1; w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 7, w Hamburgu 11, w Paryżu 42, w Londynie 10, w Petersburgu 17. Z odry umarło: w Paryżu 45, w Londynie 52. Z płonicy umarło: w Wiedniu 9, w Berlinie 6, w Londynie i Petersburgu po 17. Z dławca i błonicy umarło w Warszawie 12, w Berlinie 38, w Dreźnie 8, w Hamburgu 20, w Budapeszcie 11, w Kopenhadze 8, w Paryżu 55, w Londynie 29, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło: w Paryżu 17, w Londynie 35.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; we Lwowie 41,6; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 71,3; w Kołomyi 42,4; w Przemyślu 35,3; w Stanisławowie 48,1; w Tarnopolu 29,2; w Tarnowie 53,0; w Czerniowcach 29,3; w Warszawie 26.5; w Poznaniu 34,6; w Wiedniu 30,9; w Salcburgu 27,3; w Gracu 32,9; w Tryjeście 40,6; w Insbruku 23,6; w Pradze 38,5; w Bernie 38,4; w Olomuńcu 20,5; w Opawie 30,7; w Berlinie 21,4; we Wrocławiu 28,9; w Gdańsku 36,5; w Dreźnie 27,2; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,1; w Lipsku 20,9; w Mnichowie 24,3; w Strasburgu 26,8; w Amsterdamie 27,2; w Brukseli 28,4; w Budapeszcie 36.8; w Chrystyjanii 21,8; w Genewie 21.0; w Kopenhadze 23,7; w Londynie 20,9; w Odesie 21,7; w Paryżu 28,7; w Petersburgu 30,3; w Rzymie 30,5; w Stokholmie 18,5; w Wenecyi 34,7.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w miejsce ustępującego prof. Mikulicza, obrany został Prezesem Tow. na rok bieżący docent Dr. Przemysław Pieniążek, poczém prof. Obaliński miał wykład zapowiedziany o gorączce moczowéj. W dyskusyi zabrali głos prof. Rosner i docent Zarewicz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło odbyć uroczyste posiedzenie nadzwyczajne z powodu 25-letniego jubileuszu Przeglądu Lekarskiego d. 31 marca r. b. Posiedzenie to odbędzie się w sali Towarzystwa ogniowego o godzinie 5éj wieczór; o godzinie 8éj zaś nastąpi obiad składkowy członków Tow. w sali *Hôtel grand*. Zaproszenie na posiedzenie i porządek dzienny osobno rozesłane zostaną. Do 31 bm. Spis prac, zawartych w 25 rocznikach Przegl. Lek., wygotowany przez docenta Grabowskiego, znajdzie się w rękach członków Tow. i prenumeratorów.

* D. 10 bm. prof. Rydel przed rozpoczęciem wykładu przemówił do słuchaczów swoich przedstawiając im zasługi zmarłego prof. Arlta; uczniowie przez powstanie uczcili pamięć zasłużonego męża. Żałujemy, że dla braku miejsca nie możemy dziś pomieścić nekrologu Arlta, napisanego przez prof. Rydla; uczynimy to w Numerze przyszłym.

* Doszedł nas zeszyt 4ty pierwszego tomu „Słownika lekarskiego", redagowanego przez proff. Hlavę i Thomayera w Pradze czeskiéj. Zeszyt ten zamyka tom I, który nietylko objętością swoją (509 stronic) i 10 tablicami, ale i pod względem typograficznym bardzo pokaźnie się prezentuje. Co najważniejsza atoli, że i co do treści tom ten ubiegać się może o lepsze z archiwami niemieckiemi. I tak w zeszycie ostatnim mieszczą się prace: Chodounskiego, Kabrhela, Thomayera, Schöbla, Janowskiego, z zakładu anatomo-patologicznego prace Hlavy, Blahy, Kilchera i Hallicha. Wszystkie te prace poważne stoją na wysokości nauki a po części nowemi samodzielnemi doświadczeniami i spostrzeżeniami przyczyniają się do postępu umiejętności. Słusznie redakcyja w przedmowie chlubi się, że przedkładając tom pierwszy nie potrzebuje obawiać się krytyki i że uczyniła zadość obowiązkowi, jaki ciąży i na czeskiéj narodowości. W rzeczy saméj młoda jeszcze szkoła lekarska czeska chlubnie wywięzuje się z zadania swego a przedewszystkiém nie potrzebuje obawiać się konkurencyi koleżanki swéj niemieckiéj, któréj bodaj czy już nie prześcignęła.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Nadzw. prof. chirurgii Dr. Schmidt mianowany został zwyczajnym profesorem honorowym a docent prywatny anatomii patolog. Dr. Huber profesorem nadzw. — **Erlanga**. Na posadę opróżnioną po prof. Zweiflu oprócz Dra Frommla z Monachijum proponowani zostali *2do loco* docent Pawlik z Wiednia a *3io* Dr. Sänger z Lipska. — **Paryż.** W miejsce zmarłego prof. Béclarda wybrany został dziekanem Wydziału lek. prof. Brouardel. — **Berlin.** Na opróżnioną katedrę położnictwa Wydział przedstawia na 1ém miejscu Olshausena z Hali, na 2ém Breiskiego z Wiednia a na 3ém Fritscha z Wrocławia. — **Charków.** Docenci Łomikowski (dyjagn. lekarskiéj), Podres (chirurgii) i Jasiński (położnictwa) mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Józef Kadyi osiadł w Jaśle a Dr. Erazm Rościszewski w Bochni. — Dr. Pochroń w Tarnowie mianowany został lekarzem dworskim w Gumniskach.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Tadeusz Kijas, rodem z Mielca.

* **Nekrologija.** D. 6 bm. umarł w Lipsku lekarz policyjny prof. Dr. Reclam, wydawca czasopisma *Gesundheit*, autor wielu dzieł higijenicznych i popularnych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 11: Wróblewskiego: Trzy przypadki wygojenia owrzodzeń gruźliczych krtani; Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Elsenberga: *Pityriasis rubra universalis*; Babińskiego: O t. z. ciałach peptogennych Schiffa; Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci.

Redakcyja otrzymała:

Dr. SZADEK: Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych (odbitka z *Gazety Lek.*), Warszawa 1886, in 8vo, str. 13.

TENŻE: Przypadek wypryskowego zapalenia skóry (Odbitka z *Gazety Lek.*) Warszawa, 1886, in 8vo, str. 5.

TENŻE: Przypadek liszaja tęczowego tułowia i kończyn (Odbitka z *Medycyny*) Warszawa, 1886, in 8vo, str. 7.

Dr. SCHADECK: Contribucion à la casuistica de la epididimitis sifilitica (Odbitka z *Revista Especial* madryckiéj) in 8vo, str. 14).

Dr. BUJWID: Eine chemische Reaction für die Cholerabacterien. (Odbicie z *Zeitschr. f. Hygiene*, 1887), in 8vo, str. 2.

M. ZWEIGBAUM: Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy (Odbitka z *Gaz. Lek.*) 1887, in 8vo, str. 12.

W. JAWORSKI: O symptomatologii i kolejnym rozwoju objawów klinicznych w przebiegu nieżytu żołądka (Odbitka z *Przeglądu Lek.*) 1887, in 8vo, str. 15

TENŻE: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Beobachtungen über d. Schwinden d. Salzsäuresecretion u. d. Verlauf d. catarrh. Magenerkrankungen (Odbitka z *Münchener Med. Woch.*) 1887, in 8vo, str. 21.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. S. w Finlandyi. Prenumeratę można przesłać w markach fińskich. Zwracamy jednak uwagę, że Przegląd Lekarski kosztuje rocznie 6 rs. i prosimy odpowiednią ilość marek fińskich przysłać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Zwierzchność gminna Jordanowa ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Jordanowie z roczną płacą 300 złr. aw. Termin do wniesienia należycie udokumentowanych podań do 31 marca 1887. Posada ta jest do obsadzenia od 15 kwietnia 1887. Odnośne warunki można każdego czasu w kancelaryi miejskiéj przejrzeć.

Jordanów. Burmistrz
Kalczyński.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w Otyni, (gdzie wkrótce zaprowadzonym będzie Sąd powiatowy) z roczną płacą 250 złr., lub jeżeli sam dochody do niego należące pobierać zechce, przychód będzie znacznie większy. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1 kwietnia 1887.

Zwierzchność gminna w Otyni dnia 18 lutego 1887.

Oleynik, W. gm.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.